



Projekt realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, PRIORYTETU 7 – Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim programie regionalnym FEO 2021-2027, DZIAŁANIE 7.1 – Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa

ZAŁĄCZNIK nr 1B do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Formularz zgłoszeniowy do Projektu (wypełniają Kandydaci chcący skorzystać z wsparcia)

TYTUŁ PROJEKTU	„Jesień życia w powiecie strzeleckim”
Numer ewidencyjny wniosku:	FEOP.07.01-IZ.00-0012/24
NAZWA REALIZATORA PROJEKTU	Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek

(Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)

UWAGA!!!

Niniejszy Formularz należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w języku polskim we wszystkich wymaganych polach – zgodnie z zasadami opisanymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie*

Ingerencja w treść załącznika poprzez modyfikację jego treści, usuwanie/ skreślanie zapisów i/ lub logotypów w nim zawartych jest niedopuszczalna.

NR FORMULARZA:	DATA WPŁYWU:

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI:

Imię:												
Nazwisko:												
Data urodzenia:												
PESEL:	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
Wiek w chwili złożenia dokumentacji zgłoszeniowej:	 Lat.											
Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna											
Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE/bezpaństwowiec											

**II. ADRES KANDYDATA/KANDYDATKI:**

Ulica:		Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:			
Powiat:	strzelecki	Województwo:	Opolskie		

III. DANE KONTAKTOWE:

Nr telefonu stacjonarnego:		Nr telefonu komórkowego:	
-----------------------------------	--	---------------------------------	--

IV. DANE DOTYCZĄCE POSIADANEGO WYKSZTAŁCENIA ORAZ STATUTU OSOBY NA RYNKU PRACY:

Wykształcenie:	Statut osoby na rynku pracy:
☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ¹ ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)	☐ Osoba bezrobotna ¹ , w tym: ☐ długotrwale bezrobotna ² ☐ Inne ☐ Osoba bierna zawodowo ³ w tym: ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie ☐ Inne ☐ Osoba pracująca ⁴
Wykonywany zawód: (dotyczy wyłącznie osób pracujących)	
Zatrudniony/a w: (należy wpisać nazwę instytucji/przedsiębiorstwa)	

V. RODZAJ FORMY WSPARCIA – usługa szkoleniowa: PRZYGOTOWANIE PACJENTA I RODZINY DO SAMODZIELNEJ OPIEKI I PIELĘGNACJI, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością oraz EDUKACJA ZDROWOTNA PACJENTA oraz członków jego rodziny (usługa szkoleniowa w formie stacjonarnej lub zdalnej).

¹ Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia; w tym osoba, która nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego.

² Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku: - Młodzież (osoby poniżej 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy. - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.

³ To osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za bierne zawodowo uznaje się m.in. osoby przebywające na urlopie wychowawczym; studentów studiów stacjonarnych.

⁴ Za osoby pracujące uznaje się: 1. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową; 2. Członka rodziny bezpłatnie pomagającego osobie prowadzącej działalność gospodarczą; 3. Osobę przebywającą na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim.



VI. KRYTERIA BEZWZGLĘDNE (WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE):

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” przy polu „TAK” lub „NIE”:

1. Jestem mieszkańcem województwa opolskiego i powiatu strzeleckiego (z wyłączeniem Gminy Izbicko) ☐ TAK ☐ NIE
2. Jestem opiekunem faktycznym/nieformalnym, tj. osobą, która bez ustawowego obowiązku sprawuje stałą, rzeczywistą opiekę nad kimś, kto ze względu na wiek lub stan zdrowia wymaga wsparcia ☐ TAK ☐ NIE

VI. DANE OSOBY NAD KTÓRĄ SPRAWUJĘ STAŁĄ, RZECZYWISTĄ OPIEKĘ JAKO OPIEKUN FAKTYCZNY/NIEFORMALNY

Imię:												
Nazwisko:												
PESEL:												

DANE ADRESOWE PODOPIECZNEGO:

Ulica:		Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:			
Powiat:	strzelecki	Województwo:	Opolskie		

VII. STATUS KANDYDATA NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Prosimy zaznaczyć właściwe „X” (JEŻELI DOTYCZY):

1. Jestem osobą niepełnosprawną:

A. Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. zm.), ☐ TAK ☐ NIE b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. zm.), ☐ TAK ☐ NIE
--



B. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ/w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza,

- ☐ TAK
☐ NIE

2. Jestem osobą:

- ☐ Osoba państwa trzeciego
☐ Osoba należąca do mniejszości narodowej⁵ lub etnicznej⁶ (w tym społeczności marginalizowane)
☐ Osoba obcego pochodzenia⁷
☐ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań⁸
☐ Osoba z niepełnosprawnościami⁹

IX. OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ I AKCEPTACJI REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE ORAZ OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI O WYRAŻENIU ZGODY NA ROZPOWSZECZNIE WIZERUNKU:

Oświadczam, że:

- ✓ zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. **„Jesień życia w powiecie strzeleckim”** realizowanym w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, PRIORYTETU 7 – Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim programie regionalnym FEO 2021-2027, DZIAŁANIE 7.1 – Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa.
- ✓ wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, utrwalanie, powielanie, wykorzystywanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez Strzeleckie Centrum Obsługi Biznesu „SCOB” Marcin Rękawek w Strzelcach Opolskich dla celów działań informacyjno – promocyjnych związanych z realizacją Projektu pt. **„Jesień życia w powiecie strzeleckim”**

⁵ Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską.

⁶ Za mniejszości etniczne uznaje się mniejszości: karaïmską, łemkowską, romską, tatarską.

⁷ Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (...) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

⁸ To jest osoba:

1. Bez dachu nad głową (osoba żyjąca w surowych i alarmujących warunkach);
2. Bez miejsca zamieszkania:
 - osoba przebywająca w schroniskach dla: bezdomnych, kobiet, imigrantów;
 - osoba opuszczająca instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze;
 - osoba otrzymująca długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane;
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoba posiadająca niepewny najem z nakazem eksmisji, osoba zagrożona przemocą);
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

⁹ Osoba niepełnosprawna w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1886, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017r., poz. 882, z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.



OŚWIADCZENIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą¹⁰, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Uczestnika Projektu)

¹⁰ Pouczenie: Zgodnie z Art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2025 r., poz. 46 t.j.): Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.